

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1917-1918 — N° 9

---

# NOTES

SUR LE

## POSTE DE SECOURS DE BATAILLON

---

### THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 17 Janvier 1918

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

**SERRE Hubert**

Né à Saint-Péray (Ardèche), le 17 septembre 1888



LYON  
IMPRIMERIES RÉUNIES

8, Rue Rachais, 8

---

1918



# NOTES

SUR LE

POSTE DE SECOURS DE BATAILLON



FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1917-1918 — N° 9

---

# NOTES

SUR LE

## POSTE DE SECOURS DE BATAILLON

---

### THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 17 Janvier 1918

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

**SERRE Hubert**

Né à Saint-Péray (Ardèche), le 17 septembre 1888



LYON  
IMPRIMERIES RÉUNIES

8, Rue Rachais, 8

—  
1918

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. . . . . DOYEN.  
X. . . . . ASSESSEUR.

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, LÉPINE, PIERRET,  
BEAUVISAGE, LACASSAGNE.

## PROFESSEURS

|                                                           |   |                 |
|-----------------------------------------------------------|---|-----------------|
| Cliniques médicales . . . . .                             | } | MM. TEISSIER.   |
| Cliniques chirurgicales . . . . .                         |   | ROQUE.          |
| Clinique obstétricale et Accouchements . . . . .          | } | BARD.           |
| Clinique ophthalmologique . . . . .                       |   | TIXIER.         |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques . . . . . |   | BÉRARD.         |
| Clinique des maladies nerveuses et mentales . . . . .     |   | FABRE.          |
| Clinique des maladies des enfants . . . . .               |   | ROLLET.         |
| Clinique des maladies des femmes . . . . .                |   | NICOLAS.        |
| Physique médicale . . . . .                               |   | LEPINE (J.)     |
| Chimie biologique . . . . .                               |   | WEILL.          |
| Chimie organique et Toxicologie . . . . .                 |   | POLLOSSON (A.)  |
| Matière médicale et Botanique . . . . .                   |   | CLUZET.         |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale . . . . .    |   | HUGOUNENQ.      |
| Anatomie . . . . .                                        |   | MOREL.          |
| Anatomie générale et Histologie . . . . .                 |   | MOREAU.         |
| Physiologie . . . . .                                     |   | GUIART.         |
| Pathologie interne . . . . .                              |   | TESTUT.         |
| Pathologie et Thérapeutique générales . . . . .           |   | X...            |
| Anatomie pathologique . . . . .                           |   | MORAT.          |
| Médecine opératoire . . . . .                             |   | COLLET.         |
| Médecine expérimentale et comparée . . . . .              |   | LESIEUR.        |
| Médecine légale . . . . .                                 |   | PAVIOT.         |
| Hygiène . . . . .                                         |   | POLLOSSON (M.)  |
| Thérapeutique . . . . .                                   |   | COURMONT (P.)   |
| Pharmacologie . . . . .                                   |   | ETIENNE MARTIN. |
|                                                           |   | X...            |
|                                                           |   | PIC.            |
|                                                           |   | FLORENCE.       |

## PROFESSEURS ADJOINTS

|                                                      |            |
|------------------------------------------------------|------------|
| Physiologie, cours complémentaire . . . . .          | MM. DOYON. |
| Maladies des oreilles, du nez et du larynx . . . . . | LANNOIS.   |
| Pathologie externe . . . . .                         | VALLAS.    |
| Maladies des voies urinaires . . . . .               | ROCHET.    |

## CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

|                                                   |                 |         |
|---------------------------------------------------|-----------------|---------|
| Chimie minérale . . . . .                         | MM. BARRAL,     | agrégé. |
| Propédeutique de gynécologie . . . . .            | CONDAMIN,       | —       |
| Chirurgie infantile . . . . .                     | NOVE-JOSSERAND, | —       |
| Accouchements . . . . .                           | COMMANDEUR,     | —       |
| Embryologie . . . . .                             | LATARJET,       | —       |
| Anatomie topographique . . . . .                  | PATEL,          | —       |
| Botanique . . . . .                               | BRETIN,         | —       |
| Chirurgie expérimentale . . . . .                 | VILLARD,        | —       |
| Clinique infantile . . . . .                      | MOURIQUAND,     | —       |
| Déontologie et Médecine professionnelle . . . . . | X...,           | —       |

## AGRÉGÉS

|                |                |                 |                |
|----------------|----------------|-----------------|----------------|
| MM. BARRAL.    | MM. LATARJET.  | MM. MOURIQUAND. | MM. FROMENT.   |
| COMMANDEUR.    | BRETIN.        | ARLOING (F.).   | THEVENOT (L.). |
| NEVEU-LENAIRE. | LERICHE.       | GUILLEMARD.     | PIERY.         |
| LAROYENNE.     | THEVENOT (L.). | POLICARD.       | COTTE.         |
| VORON.         | TAVERNIER.     | GARIN.          | DUROLX.        |
| NOGIER.        | CADE.          | SAVY.           | BONNAMOUR.     |

M. BAYLE, Secrétaire.

## EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. M. VALLAS, *Président*; M. ROCHET, *Assesseur*;  
MM. CONDAMIN et VILLARD, *Agrégés*.

*La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.*

A MON PERE ET A MA MÈRE

A MES MAÎTRES

DANS LES HÔPITAUX DE LYON ET DE SAINT-ÉTIENNE

A MES CAMARADES DU FRONT

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VALLAS

Qui m'a fait l'honneur d'accepter  
la présidence de ma thèse.

## INTRODUCTION

---

Toutes les fois que, depuis la guerre, nous songions à notre thèse, nous nous demandions comment trouver dans la médecine sommaire que nous faisons à l'avant un sujet clinique susceptible de recevoir certains développements. Nous ne voyons, en effet, que des indispositions légères et de courte durée ; tout cas commençant à offrir de l'intérêt est immédiatement évacué et nous perdons notre malade de vue, souvent pour toujours. Nous nous demandions aussi comment réaliser dans les tranchées les recherches bibliographiques que nécessite toute thèse.

Plusieurs de nos amis nous suggérèrent l'idée d'écrire quelques pages sur le poste de secours. Nous fûmes séduit par les facilités que le sujet nous offrait ; c'était en somme notre vie, notre travail de chaque jour qu'il nous suffisait de décrire. Plus de difficiles recherches bibliographiques ; les matériaux étaient là sur place ; il nous suffisait de quelques périodes de tranquillité pour ordonner notre travail.

C'est que le poste de secours, c'est notre vie entière, à nous, médecins de régiment. Nous y avons passé des heures souvent pénibles, dont le souvenir ne s'effacera guère ; beaucoup d'entre nous y trouvèrent la mort dans l'accomplissement de leur devoir.

Et d'autre part, ce poste de secours que nous connaissons si bien, combien l'ignorent ou le connaissent bien mal. Nous ne parlons pas seulement du grand public qui nous ignore complètement et volontiers met sur le même plan ambulances et formations régimentaires. Mais, même parmi nos confrères plus favorisés, que d'erreurs au sujet de notre poste de secours ; quelle méconnaissance de ses ressources réelles, de ses difficultés. Il nous est arrivé quelquefois d'avoir la sensation très pénible d'être devenus un peu étrangers à la grande famille médicale, occupés que nous étions dans de lointains parages à un travail si peu scientifique qu'il n'intéressait personne et dont l'organisation même était un sujet d'étonnement pour beaucoup.

---

## QUELQUES GÉNÉRALITÉS

---

Disons tout de suite qu'il s'agit du P. S. de bataillon, celui qui se trouve dans les conditions matérielles les plus sommaires et fonctionne dans les circonstances les plus pénibles.

Le P. S. de bataillon est en principe le premier échelon organisé du Service de Santé de l'avant. Les blessés sont relevés sur la ligne de feu par les brancardiers, sommairement pansés par eux et conduits au P. S. Lorsque l'intensité du feu ne permet point de longs transports, il peut arriver que les blessés soient provisoirement entreposés par nos brancardiers dans les endroits les plus abrités du champ de bataille ; les blessés légers s'y réfugient d'eux-mêmes. Et ainsi peuvent se constituer des « nids de blessés » qu'on évacuera à la première accalmie sur le P. S. Ces nids de blessés n'ont rien d'organisé ; leur nombre, leur disposition sont fonction des hasards de la bataille ; leur existence est essentiellement temporaire.

Mais, en avant du P. S. de bataillon, il existe parfois un « relai de blessés ». Ce relai, en principe, opérerait un premier triage. Il panserait et évacuerait directement les blessés légers ; il enverrait au P. S. les blessés moyens et graves. Enfin, il pourrait, étant plus près des lignes, apporter un secours plus précoce aux blessés très

graves, menacés de complications immédiatement mortelles, telles que l'hémorragie.

En principe, l'aide-major reste au P. S. ; le médecin auxiliaire est détaché au relai.

Nous ne croyons pas, quant à nous, à l'utilité de ce relai, au moins dans la grande majorité des cas ; nous allons exposer nos raisons. Qu'on nous permette cette digression ; nous avons été pendant deux ans médecin auxiliaire et nous avons pu voir de près le relai ; d'autre part, la question de son installation ou de sa suppression intéresse au premier chef le médecin de bataillon ; et l'organisation du P. S. en dépendra en partie.

En principe, le relai est installé à proximité de la première ligne, alors que le P. S. est à la hauteur des deuxième lignes. Il ne voit donc pas les blessés de toutes les unités placées en réserve, parmi lesquelles le bombardement cause souvent tout autant de pertes qu'en première ligne. Comme il est situé en général au centre de la première ligne, les hommes placés aux deux ailes de bataillon n'iront pas à lui ; ils sont presque aussi près du P. S. et n'ont pas à suivre un chemin parallèle à l'ennemi, souvent dangereux ; il faut tenir compte de la tendance qu'ont tous les blessés à aller droit à l'arrière, dès qu'ils se sentent touchés ; entre deux postes médicaux, ils iront à celui qui est le plus loin de l'ennemi. En résumé (c'est du moins ce que j'ai toujours remarqué pour mon propre compte), le relai ne voit qu'une partie relativement faible des blessés, ceux qui tombent à son voisinage immédiat. Il ne remplit donc qu'imparfaitement son rôle de triage.

Pourra-t-il plus utilement porter un secours plus

rapide aux blessés très graves, sous la menace d'une redoutable complication. Je n'ai jamais eu cette impression. Trop près des lignes, sommairement installé, avec un matériel réduit, pouvant souvent très difficilement abriter quelques blessés, que pourra faire notre médecin auxiliaire ? Son travail sera nécessairement très hâtif, très incomplet ; il devra au plus vite nous envoyer un blessé shocké ; en cas d'hémorragie (puisque c'est là le gros problème du champ de bataille), ce n'est point au relai que doit être posé le garrot, c'est par le brancardier même qui relève le blessé ; et c'est au P. S., sans arrêt supplémentaire, sans perte de temps au relai que l'hémorragie devra être examinée de plus près et traitée en conséquence.

Je crois donc qu'il y a intérêt à garder avec soi son médecin auxiliaire et le personnel que comporterait la création d'un relai. Deux médecins et tous les infirmiers disponibles ne seront pas de trop aux moments de presse dans le P. S. Fractionner mon personnel ne m'a jamais paru une chose avantageuse.

Si toutefois, à notre avis, le relai n'est point un organe fixe du champ de bataille, nous ne concluons pas à sa non-installation dans tous les cas. Il est des circonstances où il sera utile de détacher son médecin auxiliaire.

A. — Une partie importante du bataillon est détachée ou bien n'évacuera sûrement pas ses blessés sur le P. S. de bataillon, par suite de la disposition du terrain. Exemple : rivière ou canal coupant le bataillon, avec ponts rares, facilement encombrés, exposés aux vues de l'ennemi. En ce cas, il y aura deux P. S. fonctionnant séparément et au même titre.

B. — Par suite de la configuration du terrain, rendant difficile la construction d'un abri suffisant ou de la disposition des unités, le P. S. doit être reporté assez loin à l'arrière. En ce cas, un relai pourra être installé ; et, si la distance entre le P. S. et lui est assez grande, il faudra l'aménager et le pourvoir sérieusement en matériel.

C. — En cas d'attaque réussie, nos lignes ont avancé de façon sensible. Le P. S. a encore des blessés ; il ne peut être évacué pour une raison quelconque ; nous devons y rester. Et d'autre part, assez loin de nous maintenant, le combat continue, des blessés tombent. Notre médecin auxiliaire se portera dans les lignes conquises, choisira un abri, y installera un relai. Dans ce cas, son rôle sera surtout moral, car il aura un matériel restreint avec lui. Vérifier un garrot, renforcer ou à la rigueur refaire un pansement sera toute son œuvre. Mais si les lignes se stabilisent, nous nous transporterons nous-même au relai, qui deviendra alors le P. S. du bataillon.

Mais, je le répète, ces cas-là sont l'exception ; en principe, le P. S. est le premier échelon organisé du Service de Santé.

La liaison avec les ambulances sera assuré par le G. B. D., ou encore par le P. S. central du régiment.

---

## POSITION DU P. S.

Normalement, le P. S. doit être situé en deuxième ligne, à la hauteur des unités de réserve. Il doit être en effet situé en arrière de toutes les unités exposées au feu de l'ennemi et susceptibles d'avoir des pertes, car un blessé doit toujours être évacué vers l'arrière et ne doit jamais être ramené vers la ligne de feu pour être pansé.

Et, d'autre part, il faut bien dire que le P. S. a besoin d'un peu de stabilité, d'un calme relatif. La première ligne est par trop agitée, soumise à des fluctuations inévitables ; or, le P. S. ne peut être à la merci d'un coup de main.

Notre P. S. sera donc, suivant les secteurs, à 500, 800 ou 1.000 mètres de la première ligne ; mais des distances de 300, 200 ou 150 mètres ne sont pas rares. Il nous est même arrivé, lors d'une offensive récente, d'être logé dans une vaste caverne, située en partie sous les tranchées boches ; notre P. S. lui-même se trouvait un peu en arrière de la première ligne ennemie ; une épaisseur de rocher de 15 ou 20 mètres nous séparait des Allemands ; cette proximité de l'ennemi ne nous causa d'ailleurs aucun dommage.

Une deuxième condition réglant la situation du P. S., c'est d'être à proximité du boyau d'évacuation. En théorie, il existe dans tout secteur un boyau réservé au Service de Santé. Ce boyau est assez large, ses sinuosités sont arrondies ; il est donc relativement confortable. Il

est uniquement affecté au service des blessés ; on n'y circule donc que dans le sens descendant. Ce boyau part de la première ligne, des boyaux perpendiculaires permettent d'y amener les blessés des différents échelons ; tous arrivent au P. S. par sa voie.

Le P. S. lui restitue les blessés pansés et il les mène jusqu'au chemin praticable le plus proche ; un relai est ordinairement établi à ce niveau. Là commence l'évacuation sur route, soit directement par autos, soit pas poussettes jusqu'au prochain relai des autos.

La proximité de ce chemin praticable et suffisamment défilé aux vues de l'ennemi est d'un grand intérêt pour l'installation d'un P. S. ; il réduit d'autant le transport sur brancard, toujours plus long et plus pénible pour le blessé.

Mais ce boyau spécial n'a pu toujours être construit. Nous devons bien souvent évacuer nos blessés par le boyau commun à toutes les corvées montantes et descendantes. Souvent alors une file de blessés sur brancards peut rencontrer, montant en sens inverse, des corvées de matériel, des travailleurs, des renforts. On piétine dans l'étroit boyau et il n'y a guère de remède à cette difficile complication et aux retards qu'elle impose.

Nous allons présenter les plans de deux secteurs occupés par notre régiment ; nous n'y figurons que l'indispensable pour ce qui nous concerne. Nous avons choisi deux secteurs tout à fait opposés pour montrer clairement combien nos conditions d'évacuation peuvent être différentes.

Dans le premier secteur (planche n° 1), l'évacuation se présente comme assez simple. Les boyaux sont multiples.

Le Service de Santé a donc ses boyaux indépendants ; chaque P. S. a sa voie d'évacuation toujours libre, toujours ouverte ; le transport total par brancards n'excédait pas 1.200 mètres. De plus, le P. S. de gauche, affecté à notre bataillon, avait tout près de sa sortie un chemin de terre praticable aux poussettes. Ce chemin de terre était exposé aux vues de l'ennemi ; mais il pouvait être utilisé la nuit et soulagea beaucoup le service d'évacuation.

Toute autre fut l'évacuation dans notre deuxième secteur. Ce secteur était occupé par deux bataillons, ayant chacun leur P. S. ; nous les occupâmes à tour de rôle. Mais dans l'un et l'autre sous-secteur, nous n'avions à notre disposition que l'unique boyau servant à tout le bataillon, par où montaient ou descendaient les corvées de soupe ou de matériel, les renforts. Nos blessés se trouvèrent plus d'une fois embouteillés ; plus d'une fois nous dûmes suspendre l'évacuation pour permettre aux renforts d'arriver librement.

Alors que nous occupions le sous-secteur de droite, le boyau de gauche, bien repéré par l'artillerie ennemie, fut rendu impraticable par le bombardement : un groupe formé de deux brancardiers portant un blessé couché circule mal dans ces boyaux complètement retournés et offre une trop belle cible au tir ennemi. Le bataillon de gauche dut évacuer ses blessés par le boyau de droite ; comme il y avait 2.500 mètres jusqu'au relai suivant en partant de son P. S., il dut provisoirement entreposer ses blessés chez nous. Heureusement, notre P. S., installé dans une ancienne carrière, était exceptionnellement vaste et put abriter tout le monde. Mais on comprend

que beaucoup de blessés durent attendre longtemps leur évacuation. J'avoue que beaucoup des nôtres attendirent couramment huit à douze heures ; quant aux Boches blessés, qu'on nous amena au début de l'attaque, je confesse n'avoir pu les évacuer que trente heures après leur blessure.

Ce sont là de pénibles heures pour le médecin de bataillon. Alors que nos blessés précédents n'ont pu encore tous être évacués, voici qu'arrive une nouvelle et nombreuse théorie des nôtres qui viennent d'être frappés ; et souvent la fatalité fait qu'au même moment nos brancardiers nous ramènent des blessés déjà partis et qu'ils n'ont pu évacuer, soit à cause du bombardement, soit à cause de l'obstruction des trop rares voies d'évacuation. C'est là qu'il faut réagir et ne pas se laisser décourager.

### **Le P. S. d'attaque.**

Les conditions qui régissent la situation du P. S. se trouvent considérablement modifiées en cas d'attaque de notre part. Dans cette hypothèse, il faut prévoir un déplacement du P. S. vers les premières lignes. Si l'attaque projetée est de peu d'envergure, si notre ligne ne doit être que peu modifiée, on pourra cependant ne pas bouger et ne pas perdre le fruit d'une installation déjà faite.

Mais pour peu que notre ligne doive avancer d'une façon appréciable à la suite de l'attaque, il faut que notre P. S. suive la marche en avant, sinon la distance à parcourir deviendrait trop grande pour nos brancardiers et les malheureux blessés.

La question une fois résolue par l'affirmative, il n'est point toujours facile de la mettre en pratique. Les abris de première ligne sont souvent bien mal aménagés pour recevoir un P. S. dont l'installation y sera toujours précaire. Il y a là une question d'opportunité qui sera résolue différemment suivant les cas ; l'entente avec le commandement est indispensable pour trancher la question au mieux des intérêts de tous.

En principe, au début d'une attaque, nous estimons qu'il faut porter le P. S. le plus près possible de la parallèle de départ, dans cette parallèle même, si elle offre un abri aménageable en P. S. Nous n'avons plus maintenant à changer notre P. S. Il ne nous appartient pas de suivre la progression des nôtres, de subir les alternatives d'avance et de recul. Le P. S. choisi au début de l'affaire restera en fonctions jusqu'à la fin ; et c'est pour cela, estimons-nous, qu'il convient de le choisir assez avancé.

Une fois notre ligne stabilisée, si les nôtres paraissent tenir solidement la position conquise (ce dont nous informe le commandement), nous chercherons un abri dans les lignes ennemies et nous y installerons notre P. S.

Sauf cette éventualité, le P. S. est donc fixe ; cette fixité va nous permettre de l'organiser. C'est dire que tout ce qui va suivre s'applique seulement au P. S. de secteur. Dans la guerre de mouvements, faite au début de la campagne et que nous reprendrons peut-être un jour, la variabilité même des circonstances, l'instabilité de nos organisations modifient complètement ces données.

## CONSTRUCTION

Nous serons bref sur ce chapitre, dont l'intérêt serait faible pour beaucoup et nous ne ferons qu'esquisser la partie purement technique de la construction.

Les deux variétés d'abri les plus ordinairement construits sont l'abri en galerie et l'abri métro.

A. — *Abri en galerie.* Il s'agit d'un boyau souterrain, absolument analogue aux galeries de mine avec boisage et étayages identiques. Sa longueur : 10, 15, 20 mètres, d'avantage si besoin ; sa largeur : 1 m. 20 à 1 m. 50 ; sa hauteur : 2 mètres à 2 m. 50. Des galeries latérales peuvent s'ouvrir sur la galerie principale.

La galerie est donc fort étroite ; deux brancards n'y peuvent passer de front. Avoir deux entrées est donc presque indispensable ; même dans ce cas, il faudra régler minutieusement le mouvement et la manœuvre des brancards. Mais c'est là affaire d'habitude. L'abri en galerie, suffisamment long, avec une ou deux galeries latérales, nous a toujours donné satisfaction.

B. — L'abri métro consiste essentiellement dans une fosse dans laquelle une charpente spéciale (madriers taillés en biseau) permet de placer une série de tôles cintrées jointives s'accrochant pièce par pièce à une série analogue. Chaque série forme une demi-voûte ; l'ensemble forme donc une voûte complète, genre métropolitain. Sur cette voûte, on bâtit la superstructure consistant essentiellement en série de rondins ou de rails jointifs séparés par des couches de terre. Dimensions

moyennes d'un abri-métro : longueur, 5 mètres ; largeur, 4 mètres ; hauteur, 3 mètres.

C. — Des abris naturels nous ont été fournis par d'anciennes carrières souterraines, si fréquentes au Chemin des Dames. D'autres fois, nous nous servions des excellentes caves voûtées qu'on trouve en Champagne et dans toute la Lorraine.

D. — Enfin, les cas sont nombreux où le médecin de bataillon, suivant en cela le sort de tous, n'a à sa disposition rien qui puisse réellement recevoir un P. S. aménagé. Dans ces cas, il faut renoncer à tout projet d'installation, même sommaire, et se contenter, au moins pendant un temps, de travailler dehors ou du moins sous une tôle ondulée, abri bien illusoire. C'est le cas des secteurs nouvellement conquis et non encore organisés ; c'est le cas des secteurs âprement disputés, passant de mains en mains et où les trous d'obus ont remplacé toute espèce d'organisation : tels furent nombre de secteurs à Verdun.

Si nous exceptons ce dernier cas, nous aurons dans les diverses hypothèses envisagées plus haut des points communs sur lesquels notre attention devra être plus spécialement attirée.

Et tout d'abord la question des entrées.

Un P. S. bien construit doit avoir deux entrées. Ce que nous avons dit pour l'abri en galerie reste vrai pour tous. Deux entrées permettent d'établir un sens de circulation des blessés, ce qui facilite beaucoup le travail. Nous estimons, d'après notre propre expérience, que c'est là un point de construction très important.

L'aménagement de ces entrées réclame tous nos soins.

Elles doivent permettre facilement le passage du brancard ; leur pente doit être douce ; les coudes seront évités. Quand notre abri sera construit sous un talus ou une voie de chemin de fer, ou encore à contre-pente, il nous sera souvent loisible d'avoir des entrées de plain-pied, ou du moins en pente très douce. Dans les caves, n'utilisons pas l'escalier, souvent fort raide, quand nous pouvons établir d'autres communications avec l'extérieur.

La grandeur de notre abri a aussi une importance de premier ordre. Il nous faudra de la place, beaucoup de place certains jours. N'oublions pas que l'évacuation sera toujours difficile un jour de gros combat, qu'elle pourra être parfois impossible pendant plusieurs heures. Où abriterons-nous nos blessés ? L'aménagement judicieux du P. S. permet déjà de gagner quelques places ; mais nous n'en aurons jamais beaucoup dans un abri de 5 mètres sur 4 mètres. Il sera souvent fort utile d'avoir un ou plusieurs abris près du P. S., réservés exclusivement à l'hospitalisation temporaire des blessés en cas de besoin. En tout cas, tâchons d'obtenir du commandement, quand l'espace le permet, de loger notre personnel en dehors du P. S. ; ayons de petits réduits pour loger le matériel non courant ; ce sera autant de gagné.

Le hasard a mis sous nos yeux un rapport de von Below, le vaincu de la Somme, sur les déficiences présentées par l'organisation allemande pendant cette bataille. Voilà le passage concernant les postes de secours :

« Les soins à donner aux blessés nécessiteront une organisation soigneusement étudiée et répartie en P. S.

Dans les périodes où la lutte est très active, il faut qu'il y ait au moins un abri sanitaire par compagnie, abri tout à fait à l'épreuve, à proximité de la deuxième ligne, et capable de recevoir 14 blessés couchés.

« De plus, il faut encore avoir suffisamment de locaux pour abriter le personnel sanitaire et le matériel nécessaire pour les premiers soins à donner aux blessés : les brancards de tranchée, les couvertures, l'eau minérale, le matériel de désinfection, le matériel de réserve contre les gaz, la nourriture, etc. Il faut, de plus, construire à proximité de la réserve de bataillon d'autres abris pouvant recevoir de 25 à 40 hommes et une plus grande réserve de matériel sanitaire.

« Dans chaque secteur de régiment, environ à 2 ou 3 kilomètres en arrière de la première ligne, il faut organiser d'autres locaux (de préférence dans des caves réunissant les conditions nécessaires) susceptibles de recevoir en chiffres ronds 105 blessés couchés.

« Les issues des installations sanitaires, au nombre de deux au moins pour chacune, doivent être aménagées de manière à permettre facilement le passage des brancards, »

Nous ne savons pas si jamais les médecins d'un régiment allemand eurent tant de place à leur disposition ; ces chiffres sont sans doute quelque peu théoriques. Ils attirent néanmoins l'attention sur l'importance qu'il y a à abriter le plus grand nombre possible de blessés. Souvenons-nous qu'avec l'importance croissante de l'artillerie, il faut envisager de plus en plus des évacuations très retardées ; prévoir un espace insuffisant pour nos blessés serait s'exposer à de graves mécomptes.

## AMÉNAGEMENT DU P. S.

La première question qui se pose, c'est l'aménagement d'une table de pansement. Dans nos cantonnements d'arrière, l'X porte-brancard, qui figure dans le matériel de bataillon, nous offre une table d'examen et de pansement parfaite. Mais nous ne l'emportons guère en secteur ; elle est très lourde et n'oublions pas que, sauf le cas exceptionnel où la voiture peut venir jusqu'au P. S., ce sont nos infirmiers qui transportent à dos tout le matériel. Il nous faudra donc y suppléer. On ne peut se contenter de panser les blessés sur le brancard qui les a apportés : on travaille mal et on attrappe vite un lumbago ; il faut de toutes façons pouvoir travailler à hauteur normale.

Lorsque la construction de notre P. S. comporte l'établissement d'étais, de piliers de soutènement (comme c'est le cas dans une galerie), il est facile de disposer le brancard à hauteur normale sur de petites traverses fixées à quatre des piliers ayant l'écartement voulu.

Dans d'autres cas, ne disposant point de piliers, on suspend le brancard à quatre sangles fixées au plafond de l'abri ou à une des parois. Enfin, deux caisses posées à terre suffiront lorsque nous n'aurons pas pu adopter un des systèmes précédents.

Nous pourrions ainsi panser le blessé sur le brancard même qui l'a apporté et le remportera, réduisant ainsi au minimum les mouvements et par suite les douleurs imposées au blessé.

Quand les loisirs le permettront, on pourra toujours fabriquer un X de fortune et même une table de panse-

ments à planchettes amovibles, suivant le modèle bien connu.

En second lieu, il faut prévoir l'installation de quelques couchettes pour les blessés toutes les fois qu'on a les loisirs et les moyens de le faire. Un blessé couché, obligé de rester au P. S., a besoin d'une couchette si on ne veut pas qu'il immobilise un brancard. Et, d'autre part, le manque d'espace nous crée souvent de graves difficultés. Nous avons retiré le plus grand avantage (et c'est souvent possible) de la disposition superposée des couchettes, qui nous fait réaliser une économie de place appréciable. Nous ne saurions trop recommander également, quand on a suffisamment de brancards à sa disposition, le système de traverses à glissières qui permet d'abriter un nombre relativement considérable de blessés dans les abris restreints qui nous servent de P. S. Un abri-métro, de dimensions ordinaires, peut très bien arriver à abriter 9, 12 et même 16 blessés couchés, tout en laissant la place nécessaire pour les pansements et le personnel.

Une table pour notre secrétaire, une ou deux tables pour disposer le matériel d'usage courant, quelques bancs pour les blessés assis compléteront notre mobilier sommaire. Le reste de notre matériel sera disposé sur de petites étagères ou dans de petites cavités creusées dans le mur. Laissons ce qui n'est pas d'usage courant dans nos paniers et logeons le plus possible tous nos impiedimenta en dehors du P. S.

Une fois notre première installation terminée, plusieurs questions se posent, qu'il n'est point toujours facile de résoudre : chauffage, éclairage, eau.

### **Comment nous chauffons-nous ?**

Cette question offre une grosse importance, non seulement pour nous, mais encore et surtout pour les blessés. Comment, sans feu, réchaufferons-nous ces malheureux toujours shockés gravement et que nous sommes souvent obligés de déshabiller presque complètement en cas de plaies multiples. Et dans quelles conditions mauvaises se fera leur évacuation ultérieure, souvent la nuit et par mauvais temps, s'ils ne partent point réchauffés de notre P. S.

Cette éventualité n'est pas la plus fréquente ; dans la majorité des cas, j'ai pu faire du feu. Mais très souvent aussi le local se prête mal à l'installation d'un poêle. Souvent aussi, il nous est défendu de faire du feu, au moins de jour, la fumée étant pour l'ennemi un indice et un repère.

Nous allons tâcher de suppléer de notre mieux à l'absence de poêle. C'est dans ces circonstances qu'il est bon d'avoir de nombreuses couvertures. Cet accessoire, qui paraît secondaire au premier abord, est absolument indispensable. Toujours, ou presque toujours, au cours du pansement le blessé se plaint d'avoir froid. Il faut le couvrir chaudement une fois pansé, d'autant plus que ses vêtements ont été souvent déchirés par l'obus ou coupés au cours du pansement et que nous l'envoyons à l'arrière à moitié dévêtu, sinon complètement nu. Enveloppons-le chaudement dans de nombreuses couvertures ; les vulgaires sacs à terre nous seront également d'un précieux secours pour les membres inférieurs.

Du thé en abondance est tout aussi indispensable. Tâchons d'avoir en permanence une boisson chaude au P. S. ; tous nos blessés nous demandent à boire et seront réchauffés par notre thé. En l'absence de poêle, c'est l'alcool solidifié qui nous fournira le combustible nécessaire.

### **Comment nous éclairons-nous ?**

Bien qu'ayant eu parfois l'électricité à notre P. S., il ne faut compter que sur nos propres ressources. Les lampes à acétylène sont ici d'un précieux secours et nous fournissent un éclairage suffisant pour faire nos pansements. Des bougies les remplaceront pendant les périodes d'attente et de calme.

Soyons large dans nos prévisions pour l'éclairage, car dans nos abris c'est le plus souvent la nuit perpétuelle. Mais, en somme, la question de l'éclairage est simple et ne nous a jamais causé d'ennuis.

### **La question de l'eau.**

Bien autrement épineuse est la question de l'eau, soit qu'il s'agisse d'eau potable, soit qu'il s'agisse de l'eau nécessaire à notre propre nettoyage, au lavage des mains, minimum de propreté exigible pour un pansement.

Quand nous sommes à proximité d'un point d'eau quelconque, tout va bien. La boisson est assurée, le nettoyage facile. Malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi. A Verdun et en Champagne pouilleuse notamment, com-

bien de nos confrères ont dû faire leurs pansements sans se laver les mains et cela pendant plusieurs jours de suite. A peine les transports de l'arrière assurent l'eau de boisson ; et, si nous pouvons en constituer une petite réserve, ce sera pour le thé des blessés.

Quand l'eau arrive en abondance suffisante, et pour peu que les points d'eau risquent de devenir d'un abord malaisé, il faut constituer au P. S. une réserve d'eau aussi abondante que possible. Le petit tonnelet de 30 litres figurant dans notre matériel de bataillon est une faible ressource ; mais dans bien des secteurs, il existe des tonneaux de plus grande contenance ; une avance de 200 à 300 litres pourra être constituée.

Il est inutile de dire que cette eau d'origine souvent suspecte devra être bouillie ou javellisée si elle doit être consommée ou employée à la cuisson des aliments.

En résumé, cette importante question de l'eau peut être résolue souvent favorablement en secteur calme ; mais elle est soumise à bien des aléas en période agitée ou dans certains secteurs au sol particulièrement ingrat.

*Autres questions.* — Depuis l'apparition des gaz, notre P. S., comme tous les abris, aura ses deux entrées protégées chacune par deux toiles hermétiques, placées à 1 mètre de distance l'une de l'autre. Ces toiles, qui, au moment opportun, seraient imprégnées de solution neutralisante, nous permettraient de travailler sans masque à l'intérieur de notre P. S. en cas d'attaque par les gaz.

Non loin de nous, prévoyons un cimetière pour ceux des nôtres tombés à l'ennemi et qu'on ne pourrait transporter à l'arrière. Le plan de ce cimetière sera soigneusement établi ; le carnet du champ de bataille, qui en est

le corollaire, sera particulièrement tenu à jour. Nous reviendrons d'ailleurs sur cette question.

Enfin, n'oublions pas les classiques feuillées, objet de tant et de tant de circulaires. On nous pardonnera de ne pas insister sur cet intéressant sujet, qui nous valut, hélas ! plus d'un rappel à l'ordre.

---

## PERSONNEL DU P. S.

Nous nous sommes longuement expliqué, au début de ce travail, sur les avantages que nous reconnaissons à la méthode qui consiste à ne point fractionner son personnel, à le grouper le plus possible. C'est cette méthode que nous suivons.

Nous disposons de 4 infirmiers, de 16 brancardiers et d'une dizaine de musiciens. En principe, une équipe de brancardiers assure l'évacuation du champ de bataille sur le P. S. ; le reste de notre personnel évacue le P. S. sur l'échelon plus à l'arrière. En mettant (c'est notre habitude) 4 brancardiers par compagnie, il nous reste 10 hommes pour assurer l'évacuation de notre P. S. sur l'arrière. On conçoit que c'est fort peu un jour d'action, où les pertes sont sévères. Ces jours-là, le G. B. D. met quelques hommes à notre disposition, souvent en nombre insuffisant. Pour peu que le P. S. soit d'abord difficile, loin d'un chemin praticable, l'évacuation est toujours très, très lente. Lors d'une dernière attaque, nous nous sommes rendu compte qu'il était bien difficile à chaque groupe de 3 ou 4 brancardiers de transporter plus de 5 à 6 blessés couchés à l'arrière dans la journée. Et nous appelons l'attention sur le fait que, dans cette affaire, la proportion des blessés sur brancard fut de 70 à 75 % ; j'ai retrouvé cette proportion dans chacun des quatre bataillons qui participèrent à l'action ; et il est à présumer qu'avec la prédominance croissante de l'artillerie et des engins de tranchée, la proportion indiquée ci-dessus se retrouvera souvent. On conçoit combien notre évacua-

tion sera lente. Il y a là sûrement matière à réflexions et à recherches. Augmentation du personnel fixe, création en grand nombre de brancardiers auxiliaires, qui seraient mis à notre disposition certains jours ; renforcement du G. B. D., sont des solutions que ne permet guère notre pénurie d'hommes. Beaucoup ont cherché dans un perfectionnement du brancard ; je ne sais pas si les modèles proposés jusqu'ici ont donné des résultats satisfaisants ; on ne pourra qu'applaudir à toute découverte permettant un transport plus rapide et moins fatigant des blessés.

Au P. S. lui-même, les deux médecins ont à leur disposition trois infirmiers ; notre caporal infirmier sera suffisamment occupé avec ses écritures. Ce personnel est d'ailleurs suffisant pour seconder les médecins. Il faudra absolument, pendant les périodes très agitées, établir un tour de service dans son personnel et alterner soi-même avec son médecin auxiliaire ; le surmenage sera toujours nuisible pour la bonne exécution du service.

---

## MATÉRIEL DU P. S.

Qu'allons-nous emporter ?

Ce seront évidemment des objets de pansement pour la plus grande partie. Quand les conditions permettent d'amener la voiture médicale à proximité du P. S., on peut être large dans son choix et amener à pied d'œuvre tout le matériel nécessaire. Mais si le trajet en boyaux est long, il ne faut pas s'encombrer et surcharger nos brancardiers qui doivent, ne l'oublions pas, tout porter sur leur dos.

Voici ce que ma pratique personnelle m'a appris à emporter. Nous supposerons un séjour d'une huitaine de jours dans les tranchées, en secteur relativement agité, aux pertes sévères, au coup dur possible.

Nous emportons 250 pansements. Les pansements A, B, C, qui diffèrent seulement par leur grandeur, ne sont point tous employés au même titre. Le pansement A est rarement nécessaire. Le pansement B est, à notre avis, le plus fréquemment employé. Le pansement C est également courant. A titre de simple indication (car les habitudes de chaque médecin sont différentes), je partage ainsi : 20 pansements A, 130 pansements B, 100 pansements C.

Ayons également une réserve de pansements individuels. Les musettes de nos brancardiers sont garnies, en effet, avec ces pansements et nous aurons à les réapprovisionner. Beaucoup de combattants viendront également nous demander un nouveau pansement, ayant égaré le

leur ou s'en étant servi pour une blessure légère ou pour un camarade tombé à leurs côtés.

Il sera bon également d'avoir des compresses, des bandes, de petites lames de coton préparées d'avance ; ceci nous permettra de panser les blessures légères, sans avoir à ouvrir un gros pansement ; nous nous en servirons aussi pour les petites plaies par accident, les abcès qui constituent en tranchées la majeure partie de notre visite journalière. De nombreux tampons, préparés d'avance, seront enfermés à part ; ils nous serviront au nettoyage des plaies. Quatre à six paquets de compresses, deux ou trois rouleaux de coton, une centaine de bandes constitueront ce petit matériel.

Le panier « Opérations et bandages » nous donnera la boîte 15 avec une petite trousse chirurgicale réduite, mais largement suffisante. Il nous fournira aussi, ce qui est plus précieux, un lot de bandages de corps, de suspensoirs, de bandages en T, d'écharpes triangulaires qui sont appelées à nous rendre le plus grand service ; une douzaine de bandages de chaque espèce nous paraît nécessaire.

Dans ce panier, mettons deux cuvettes et une petite provision de savon. Deux lampes à alcool compléteront notre matériel de désinfection.

Une demi-douzaine de garrots (si possible) et des bandes hémostatiques figureront dans notre trousse ; chaque musette de brancardier renfermera également une ou deux bandes hémostatiques.

Des gouttières, des attelles seront ordinairement emportées. Mais ici l'urgence est moins grande ; nous pouvons à la rigueur nous en passer. Le fusil, la baïonnette

ou son fourreau, la canne des troupes alpines constituent d'excellentes attelles de fortune et il nous est arrivé à tous d'emballer, même de grands fracas osseux, dans une gouttière improvisée avec une couverture et les armes de notre blessé.

Qu'allons-nous emporter comme antiseptiques ? Nous n'avons guère le choix. La teinture d'iode et la poudre de Vincent sont de beaucoup ceux qui nous sont le plus largement accordés. 300 à 500 grammes de teinture d'iode, trois flacons de poudre de Vincent peuvent suffire pour la période prévue plus haut. Plus rares sont l'alcool, l'éther, l'eau oxygénée ; ménageons-les, car on nous les remplacera difficilement. Emportons aussi une solution concentrée d'hypochlorite de chaux et quelques tubes de pastilles d'oxy-cyanure, dont nous trouverons toujours l'emploi.

Ayons aussi une abondante réserve d'ampoules d'éther, d'huile camphrée, de caféine, voire même de spartéine ou de strychnine ; cinquante ampoules de chaque formeront un stock bien suffisant, mais qui pourra être utilisé en entier dans certaines circonstances. Emportons aussi du sérum antitétanique ; si, en principe, l'injection préventive n'est pas faite par nous, il nous arrivera souvent de la pratiquer, ainsi que nous le verrons plus loin.

Comme médicaments, ne nous encombrons pas. Il y a peu de malades aux tranchées ; les hommes préfèrent attendre la période de repos, si l'indisposition est légère. Et comme d'autre part, moins encore que partout ailleurs, nous ne pouvons garder les malades tant soit peu graves, notre visite sera peu chargée. Une dizaine de médicaments judicieusement choisis, de préférence

sous la forme peu encombrante de comprimés, nous suffiront le plus souvent. N'oublions pas d'y faire figurer l'ipéca et le bicarbonate de soude, qui font partie du traitement d'urgence des accidents par les gaz asphyxiants ; enfin, et surtout, ayons du thé.

Ce sera tout pour le matériel purement médical. Mais pour notre installation, il faut encore nous encombrer de divers impedimenta, qui nous sont indispensables.

Alcool dénaturé pour nos lampes à alcool, alcool solidifié, surtout dans les P. S. privés de poêle ; bougies, lampes à acétylène avec les boîtes de carbure, tout cela est indispensable. Il y a aussi le tonnelet d'eau, ressource minime, mais fort utile dans un secteur nouveau ; il y a les couvertures, dont nous avons vu le rôle indispensable. Il nous faut avoir du désinfectant, du chlorure de chaux contre les gaz.

Il sera toujours bon d'emporter quelques brancards supplémentaires ; ceux dont sont dotés nos brancardiers peuvent être à un moment tous occupés ; où logerons-nous nos blessés graves dans un P. S. où il n'aura pas encore été loisible d'installer des couchettes.

Enfin, n'oublions ni la boîte d'archives, non plus que les plombs et cocârdes qui serviront à identifier nos morts.

### **Matériel de secteur.**

Nous trouverons également du matériel au P. S. Ce matériel ne quitte pas le secteur ; il est pris en charge par chacun des médecins qui vient occuper le P. S. et passé en consigne à son successeur. Ce matériel est loin

d'être fixe ; sa composition, son importance dépendent du degré d'organisation du secteur.

En moyenne, nous trouverons :

Un ou plusieurs tonneaux servant de réserve d'eau potable ;

Une certaine quantité de désinfectant : chaux, chlorure de chaux, grésyl ;

Un arsenal plus ou moins complet contre les gaz : réserve de masques M<sup>2</sup>, Tissot, Drøger, Vermorel, accompagnés de récipients de solution neutralisante ou des produits nécessaires à la préparer. Quelques obus d'oxygène complèteront ce matériel.

Nous avons également trouvé au P. S. du matériel de pansement, laissé par le service précédent : une entente préalable permet au service relevé de laisser là une partie de ses pansements, gouttières, attelles. Aux moments d'attaque, on n'a jamais trop de matériel. Il y aurait lieu sans doute de généraliser la mesure et de constituer une réserve de secteur sur une grande échelle. Des flacons de teinture d'iode, de poudré de Vincent, d'alcool, des appareils à fracture, qui sont si encombrants à monter, une réserve de couvertures, tout cela ne s'abîme pas, même dans un P. S. humide. Une petite quantité de pansements (car ici le matériel est plus altérable) pourrait de même figurer dans le matériel de secteur. Tout cela serait régulièrement pris en charge et régulièrement reconstitué au fur et à mesure des vides produits.

---

## LA VIE AU P. S.

Quelle sera notre vie en secteur dans ce P. S. souterrain ? La vie y est souvent inconfortable ; les heures y sont parfois terriblement longues ; le lendemain est toujours plein d'imprévu, de danger peut-être. Et cependant nul d'entre nous n'en garde un souvenir franchement mauvais ; nous conserverons même un attachement vrai pour cet abri où se résume toute notre existence de guerre. Nous oublierons les instants pénibles, les ennuis si nombreux qui ne sont point payés par la sensation d'avoir joué un rôle médical réellement efficace, d'avoir suffisamment exercé notre jeune ardeur.

Quand le secteur est calme, nous avons beaucoup de loisirs. Si les bonnes conditions d'installation ont permis aux médecins d'avoir un petit local particulier, la lecture occupera quelques instants. Mais on se fatigue de lire à la lueur d'une bougie. Alors, si le temps le permet, on sort, on visite le secteur, on va trouver les commandants de compagnie avec lesquels on fait un brin de causerie ; on s'informe des événements du jour et de la nuit précédente : le Boche est-il sage ? Quelle était la cause des coups de feu entendus au milieu de la nuit ? etc., etc. Puis on rentre à nouveau au P. S. où la monotonie recommence. La popote coupe agréablement la journée ; c'est le plus souvent un milieu très gai, malgré les contingences. Et peu à peu la journée se passe.

Une courte visite au matin nous a pris un quart d'heure ou une demi-heure. Dans notre tournée journalière, un petit point d'hygiène négligée nécessitera une observa-

tion de notre part ; nous irons surveiller quelque travail en cours. Mais, en somme, le travail ne nous accable pas. Cependant, on nous amène un blessé : un guetteur a été blessé dans la tranchée par un obus ou un engin de tranchées ; une corvée de soupe a été prise sous un tir allemand dirigé sur les voies de communication. Le calme revient vite, et notre blessé pansé et évacué, tout revient à son cours normal. Parfois, la nuit est plus agitée ; des coups de feu isolés se transforment en fusillade plus nourrie ; des fusées partent ; le tir de barrage se déclanche de part et d'autre ; puis tout retombe au calme. C'est une patrouille, une reconnaissance française ou allemande. A l'aube, un coup de main plus sérieux sur un petit poste nous vaut parfois des pertes plus sérieuses : six ou huit hommes ont été touchés et sont amenés au P. S. ; c'est déjà un « coup dur ».

Mais le bombardement est plus intense ; le ravitaillement est plus difficile ; les pertes sont plus nombreuses ; les nuits ont plus agitées et nous amènent chacune leur contingent de tués et de blessés. Insensiblement ou brusquement le secteur, si calme naguère, est devenu pénible. Nos nuits se passent dans l'attente du petit choc quotidien ; nous avons tous connu ces nuits au sommeil entrecoupé, où on prête, malgré soi, l'oreille aux bruits qui viennent de la première ligne. Adieu la vie monotone, mais tranquille de jadis. On veille la nuit, on se repose le jour. Et, pour peu que les pertes augmentent encore, il faut bientôt organiser un tour de service et se relayer soi-même avec son auxiliaire.

Dans les jours de loisir, nous aurons pu organiser ou perfectionner notre P. S. ; en secteur agité, il ne faut

guère compter faire autre chose que panser et évacuer nos blessés. Pour peu que le secteur soit nouveau et présente encore bien des lacunes d'organisation, nous allons nous trouver dans des conditions bien défectueuses, dont forcément souffrira notre travail.

---

## CE QUE NOUS FAISONS AU P. S.

Quel sera notre travail dans ces conditions si variables, si brusquement changeantes. Comment pourrons-nous tirer de notre P. S. le maximum de rendement, rendre le plus de services aux blessés en les renvoyant à l'arrière dans les meilleures conditions possibles.

Notre plus grand désir, c'est évidemment d'essayer de travailler d'une façon propre, sinon totalement aseptique. De notre pansement dépendra en grande partie le sort ultérieur du blessé ; toute notre éducation professionnelle repose sur cette notion de l'importance de l'asepsie présidant aux premiers soins apportés aux blessés. Nul d'entre nous ne l'ignore.

Et cependant, après vingt mois passés dans un bataillon, je dis comme mes confrères de régiment, que l'asepsie n'est qu'un leurre pour nous et qu'il faut, sous peine de nuire au blessé, se persuader que toute manœuvre de notre part peut être une source d'infection pour lui. Tout est danger d'infection autour de nous. Notre abri creusé en plein sol, privé de lumière, est un milieu franchement séptique et qui le devient de plus en plus à mesure que le secteur est habité depuis plus longtemps. Nous-mêmes, pour peu que nos soins de propreté corporelle soient réduits au minimum (et c'est fréquent), nous devenons vite un danger d'infection. Que dire du blessé, qui nous arrive couvert de boue, et pour lequel l'eau est souvent un luxe inconnu depuis plusieurs jours.

Et de quels moyens de désinfection disposons-nous ? De l'eau ordinaire, même javellisée, est un élément de

propreté relative, non d'asepsie absolue ; encore faut-il en avoir et en quantité relativement abondante. Le sarrau que nous utilisons pour nos pansements est vite souillé et difficilement nettoyable. Nos instruments ont été apportés stériles, mais les deux lampes à alcool, qui constituent tout notre matériel de stérilisation, n'en permettront guère un renouvellement fréquent et rapide.

Il nous faut donc travailler au milieu de toutes ces conditions éminemment défavorables, éminemment infectantes. Qu'allons-nous faire dans ces conditions ? Le minimum. Tout ce qui exigerait une désinfection absolue et des instruments et de nous-même nous est interdit. Sans parler d'opérations, que nul n'a jamais voulu nous imposer, disons-nous bien que l'exploration même des plaies nous est, je l'estime, interdite, sauf de très rares cas. Ne parlons pas de désinfection profonde, d'ablations larges, de débridements. Emballons soigneusement notre blessé et c'est tout. Et si quelquefois nous sommes tentés de faire davantage, songeons aux causes d'infection qui nous entourent et rappelons-nous que le premier devoir du médecin est inscrit dans le vieux précepte : *Primo non nocere*.

Cette façon de voir nous ayant valu des objections, voire même des réprimandes, nous avons été particulièrement heureux de lire semblable thèse dans des journaux de médecine. Et si ces réprimandes avaient pu ébranler un moment notre conviction, nous nous serions confirmé dans nos idées en lisant sur le P. S. les conclusions de la Conférence chirurgicale interalliée :

« Dans les postes de combat, et particulièrement dans les tranchées, les soins chirurgicaux doivent être réduits

au minimum. Ils doivent se borner à parer aux complications immédiatement mortelles et à mettre les plaies à l'abri des souillures. La plaie ne sera ni lavée, ni explorée ; on la recouvrira simplement d'un pansement sec aseptique ou antiseptique. »

Cette conclusion sera la nôtre.

### **Désinfection et Pansement.**

Tout de suite apparaît la redoutable question de l'eau ; notre installation chirurgicale sommaire en dépendra en grande partie.

Avons-nous de l'eau en grande abondance ? Il nous sera, le plus souvent, loisible de trouver ou d'installer un récipient de grandes dimensions (30, 50, 80 litres) qui sera rempli d'une solution faible d'hypochlorite ou d'oxycyanure. Nous ne disposons pas en effet des moyens nécessaires pour faire bouillir l'eau ; contentons-nous d'une solution qui reste relativement stérile.

De même nous pourrons préparer à l'avance quelques bouteilles d'eau bouillie ou mieux quelques bouteilles d'une solution désinfectante plus concentrée. Quelques pinces, deux paires de ciseaux, un stylet auront préalablement bouilli, grâce à nos lampes à alcool. Une ou deux cuvettes, remplies d'alcool iodé ou de toute autre solution désinfectante nous permettront une désinfection très sommaire des mains et des instruments, si l'eau manque. Et le plus souvent, ce sera tout.

Le blessé arrive. Il porte ordinairement un pansement fait par le brancardier qui l'a relevé sur le champ de bataille. Ce pansement fait au fond d'une tranchée, sou-

vent en pleine obscurité, sur un blessé encore habillé et équipé, a besoin évidemment d'être refait.

Il faut déséquiper le blessé, le déshabiller avec douceur. Quand la blessure est sérieuse, quand le blessé souffre au moindre mouvement provoqué, il faut, sans hésitation, couper les vêtements. Réservons une ou plusieurs paires de ciseaux solides à cet usage, car le tranchant s'émousse vite sur les cuirs et les vêtements couverts de boue. Mettons largement à nu la région atteinte qu'il faut toujours bien voir et panser à son aise, sans être gêné par les vêtements. Vérifier s'il y a plusieurs orifices ou plusieurs blessures et mettre d'emblée à nu toutes les régions atteintes. Dans la mesure du possible, réservons ce travail fort salissant au brancardier qui a amené le blessé et qui n'aura pas à nous aider dans notre pansement.

Ceci fait, nettoyons le pourtour de la plaie sur une large étendue, avec un tampon sec ou imbibé d'eau bouillie, de solution désinfectante, désinfection conduite avec douceur, mais soigneuse. Enlevons la terre qui souille si souvent le pourtour des plaies. Si la blessure intéresse une région poilue, et particulièrement au cuir chevelu, faisons place nette au ciseau et au rasoir et aussi largement que nous le pouvons. Badigeonnons toute la surface nettoyée avec de la teinture d'iode.

Pour la plaie elle-même, agissons avec prudence. Enlevons les débris vestimentaires, la terre qui peut la souiller ; enlevons à la rigueur une esquille libre, un fragment de projectile non inclus ou très facilement accessible. Mais n'allons pas plus loin. Si la plaie est profonde et si nous avons une pince bien stérile, nous pourrions,

avec un tampon monté, nettoyer le fond de la plaie ; n'insistons pas toutefois. Abandonnons à son sort tout projectile, tout débris dont l'extraction nous paraîtrait tant soit peu difficile ; ceci n'est point de notre compétence. Un peu de teinture d'iode ou de poudre de Vincent, suivant les préférences de chacun, et c'est tout. Appliquons le pansement convenable en évitant de toucher la compresse qui sera au contact de la plaie. Notre rôle sera terminé.

Nous n'avons pas qualité pour traiter ici la question de l'antiseptique à employer au cours du pansement. La teinture d'iode fut longtemps sans rivale ; pendant un certain temps même, chaque pansement individuel renfermait une ampoule de teinture d'iode. Aujourd'hui, la poudre de Vincent a ses ardents défenseurs, et, il est vrai aussi, bien des contradicteurs. Ceux qui voient les suites de nos pansements peuvent mieux juger que nous. Quel serait l'antiseptique idéal, celui qui permettrait au blessé du P. S. d'arriver à l'ambulance avec une prolifération microbienne réduite au minimum et sans lésions des tissus. L'ardeur des discussions en cours montre que cette question n'a pas encore reçu de solution univoque.

### **Les Fractures.**

Une fracture nécessitera de notre part un emballage encore plus sérieux ; dans le trajet, souvent long, qui nous sépare de l'ambulance, un membre fracturé mal immobilisé imposera de fortes douleurs aux blessés, sans compter tous les ennuis d'ordre médical qui seraient le fait d'une immobilisation trop tardive.

Quels sont les moyens mis à notre disposition ?

Disons tout d'abord que nous pouvons, en l'absence de tout appareil, immobiliser un membre avec les seuls effets de l'équipement. Le fusil forme une attelle externe de cuisse parfaite contenant la hanche et remontant jusqu'au flanc ; la baïonnette, soigneusement enveloppée, ou mieux son fourreau, nous serviront pour les fractures de jambe ou nous fourniront une attelle interne pour les fractures de cuisse. La canne alpine était, à ce point de vue, fort précieuse. Une couverture nous fournira une gouttière improvisée ou bien encore la toile de tente individuelle. Fusil, canne alpine et couverture, tels étaient les éléments d'une gouttière improvisée, classique autrefois dans toutes les manœuvres du XIV<sup>e</sup> corps, et chère à M. Nimier, directeur de la région de Lyon. Les bandes molletières enveloppent le tout ; et, au membre inférieur, nous aurons toujours la ressource de solidariser le membre fracturé avec le membre sain.

Pour le membre supérieur, nous aurons toujours la baïonnette et son fourreau en guise d'attelles ; la cravate, les bandes molletières, la ceinture de flanelle nous permettront soit de faire une écharpe pour l'avant-bras, soit de solidariser l'humérus avec le tronc.

Telle fut souvent notre façon de procéder au début de la campagne, dans la guerre de mouvements. Le matériel suivait mal ; et dans les fluctuations du combat, nous nous trouvions souvent isolés avec de simples musettes renfermant de l'iode, des pansements et parfois aussi des attelles en bois de petit modèle, toujours insuffisantes pour le membre inférieur ou les grands fracas osseux.

Ces conditions sont exceptionnelles dans la guerre

de positions : souvenons-nous néanmoins qu'une avance de 4 à 5 kilomètres peut nous placer pendant plusieurs jours dans la situation du début ; l'organisation d'un P. S. et encore plus le transport du matériel sont choses très difficiles dans les « champs d'entonnoirs » que nous abandonne l'ennemi. Et comme les ambulances ne peuvent suivre immédiatement la marche en avant, que les autos ne peuvent souvent pas pousser très loin, nous aurons donc à ce moment à assurer des évacuations toujours longues et difficiles, qu'il faudra rendre aussi peu pénibles et nuisibles que possible pour nos fracturés. Plus d'une fois, nous pourrons donc avoir recours, faute de matériel, aux procédés indiqués plus haut.

Au P. S. normalement installé, nous aurons à notre disposition des attelles et des gouttières. Attelles en bois, en tôle perforée, en fil de fer sont toutes pratiques ; c'est un matériel peu encombrant dont nous nous chargeons volontiers. Le sac d'infirmier, que nous avons presque toujours la possibilité d'emporter, en comporte ; nous avons pu voir qu'il en était de même chez les Boches.

Plus difficiles à transporter sont les gouttières en aluminium ou en fil de fer, surtout si on tient à en avoir un assortiment à peu près complet. Toutes les fois que nous les aurons à notre disposition, elles nous seront d'un précieux secours, car c'est encore avec elles qu'un membre fracturé est le plus rapidement et le plus douillettement emballé. Nous avons au P. S. tous les accessoires indispensables : coton, lacs, écharpes, etc.

Nous n'avons jamais eu dans notre régiment des gouttières-paillons ; mais, ayant succédé à deux reprises à des corps coloniaux, nous en avons trouvé à notre P. S.

laissés par nos prédécesseurs, et nous avons eu l'occasion de les utiliser. Leur emploi est très simple ; leur résistance m'a paru suffisante (elle peut d'ailleurs être renforcée par des attelles) ; enfin, elles sont très souples. De plus, c'est pour nous un matériel peu encombrant et léger. J'en aurais donc volontiers quelques-unes à mon P.-S. ; mais dans les grands fracas osseux avec fractures multiples, mieux vaut, à mon avis, une gouttière ordinaire, plus solide.

Nous avons eu également l'occasion d'employer le store. C'est là, nous semble-t-il, le matériel idéal du P. S., peu lourd, peu encombrant, facile à transporter. Point n'est besoin avec lui de tout un jeu de gouttières, qui sera forcément assez vaste s'il veut être complet et dont le transport sera parfois difficile. Dans un unique rouleau qui se porte sous le bras ou sur l'épaule, nous pouvons tailler tout appareil dont nous aurons besoin et toujours cet appareil sera très exactement adapté aux dimensions du membre lésé. L'appareil est souple ; taillé sur plusieurs épaisseurs ou renforcé par des attelles, il offre une résistance très suffisante.

Peut-être l'emballage d'un membre est-il un peu plus long ; et, dans le cas de presse, la gouttière métallique rapidement et facilement garnie, est-elle d'un emploi plus sûr. Mais il y a là sûrement une amélioration possible ; une meilleure instruction de nos aides, une plus grande habitude personnelle de la méthode rendraient le store pratique dans tous les cas, sans perte de temps appréciable.

En tout cas, il nous a toujours donné satisfaction et nous avons toujours désiré en avoir.

Tels sont les appareils dont nous avons personnellement l'expérience. Ils répondent, nous semble-t-il, au plus grand nombre de cas. Mais nous devons reconnaître que certaines modifications heureuses pourraient être apportées en ce qui concerne l'immobilisation plus parfaite de certaines fractures particulièrement graves.

Il est certain que les fractures hautes de cuisse, les fractures coxo-fémorales sont mal contenues par notre gouttière ordinaire qui ne dépasse pas la racine du membre et laisse libre la hanche elle-même ; dans ces cas, il est possible que soit préférable la gouttière improvisée, genre Nimier, dont l'attelle externe remonte très haut et qui immobilise davantage la hanche et le bassin. Mais il y a sûrement mieux.

Dans une récente circulaire, le Service de Santé met à la disposition des régiments divers appareils qui semblent répondre à ces desiderata : attelle de Thomas-Lardenois et surtout l'attelle de Blake, modifiée par Patel, qui semble l'idéal pour les traumatismes coxo-fémoraux.

De même, certaines fractures hautes de l'humérus sont mal immobilisées par nos moyens ordinaires. Les attelles à béquillon d'Alquier sont attribuables au régiment d'après ladite nomenclature ; elles semblent devoir être utilisables au P. S.

Ces divers appareils, dont nous n'avons d'ailleurs nulle expérience, semblent peu encombrants et d'un transport facile, point si important pour nous. Aussi les verrions-nous avec plaisir remplacer dans notre matériel un nombre équivalent de gouttières.

## Les Hémorragies.

Voilà sûrement la question la plus grave. Là, le danger est immédiat. Plus d'une fois nous avons vu des blessés arriver seuls au P. S. et mourir en arrivant, littéralement saignés à blanc. Quand ils sont vus par nos brancardiers, ils nous arrivent munis d'un garrot ou d'un tourniquet, parfois d'un simple lien circulaire, bretelle, cravate, etc. Il nous appartient de défaire prudemment le lien hémostatique, de vérifier l'importance de l'hémorragie, sa nature, de diagnostiquer le vaisseau vraisemblablement atteint. Une nouvelle hémorragie se produit-elle, menaçante, remplaçons vite le garrot. Faisons notre pansement avec rapidité ; une piqûre de caféine. Dès notre blessé emballé, envoyons-le rapidement à l'arrière avec la mention « urgent » sur sa fiche ; donnons-lui la priorité sur tous les autres blessés comme ordre d'évacuation.

Mais souvent l'hémorragie est arrêtée ou peu inquiétante. Enlevons le garrot et faisons un pansement compressif ; plus d'un blessé a évité la gangrène grâce à un garrot enlevé à temps. Revoyons notre blessé un peu après ; une boisson chaude, une injection stimulante ont rétabli le pouls et le facies ; laissons-le partir ainsi.

Sommes-nous hésitants devant un cas peu net ; malgré l'absence d'hémorragie, le trajet du projectile nous fait-il craindre une plaie vasculaire sèche ? Deux solutions se présentent à nous. Laissons autour du membre un garrot non fermé ; un des brancardiers aura pour mission spéciale de le fermer à la moindre menace. Ou mieux encore,

si le poste médical suivant n'est pas éloigné de nous, laissons le garrot en place en marquant sur la fiche d'évacuation : « Garrot à vérifier au plus tôt. »

Cette question des hémorragies est une de celles qui ont soulevé le plus de problèmes dans le Service de Santé de l'avant, celle qui nous crée toujours les plus vives difficultés. Et tout d'abord le garrot tel que le pratiquent nos brancardiers même théoriquement, ou le tube hémostatique dont nous disposons au P. S. ont semblé, à bon droit, un instrument extrêmement brutal qui, en comprimant fortement la totalité de la racine du membre, a souvent amené, pour peu qu'il reste longtemps en place, des phénomènes de gangrène. C'est là, nous disait la théorie, l'avantage du tourniquet qui ne comprime que deux faces sur quatre du membre saignant ; cela n'est vrai que si le tourniquet est peu serré ; dans ce cas, il tient mal et il est bien imprudent de laisser partir un blessé hémorragique avec un lien aussi peu solide. Cette question, nous le savons, n'a point laissé les chercheurs indifférents. Nous avons lu la description d'un ressort hémostatique préconisé par Monprofit, qui répondrait à cette indication ; nous ne l'avons jamais eue entre les mains. Il y a là certainement un perfectionnement à réaliser, qui serait très appréciable pour le médecin du P. S.

### **Traitement du shock.**

Une fois nos blessés pansés, il s'agit de traiter le shock. Beaucoup se remettent vite en se sentant à l'abri, chaudement enveloppés. Quelques injections stimulantes achèveront leur remise en état.

C'est dans ce traitement du shock que notre action est certainement le plus efficace. Il y a d'abord le réconfort moral que procurent toujours la présence du médecin et aussi la sensation d'être sorti de la fournaise. Pour achever notre œuvre, il convient surtout de réchauffer nos malades ; des couvertures et du thé (qu'on nous pardonne cette redite) sont deux choses absolument indispensables à un P. S. De tout notre arsenal, c'est d'eux que nos blessés tirent le plus grand profit. Nous savons la fréquence des complications pulmonaires parmi les blessés ultérieurement opérés : l'éther n'en est sans doute pas uniquement responsable.

L'évacuation de nos blessés nous est souvent imposée par des considérations extra-médicales : il faut profiter d'une accalmie ou, au contraire, attendre la fin d'un tir de barrage. Mais lorsque nous pouvons régler librement le mouvement de nos blessés, nous attendons toujours que l'état de shock soit dissipé. Nous évacuons au plus vite les hémorragiques ; volontiers, au contraire, nous retiendrons ceux de nos blessés incomplètement réchauffés, encore un peu shockés, avant de les exposer à nouveau au froid et aux dangers d'une nouvelle évacuation qui émotionne, nous l'avons remarqué, tous les blessés, même les plus courageux.

### **Le Sérum Antitétanique.**

En principe, le P. S. de bataillon ne fait pas l'injection antitétanique, qui se pratique ordinairement soit à l'ambulance, soit au P. S. central du régiment. C'est là une habitude qui pourrait peut-être être discutée ; elle est,

croyons-nous, générale et nous nous y sommes conformés.

Il est cependant des cas où nous faisons exception à cette règle. Si un bombardement particulièrement violent, un encombrement des voies d'évacuation nous oblige à garder plusieurs heures des blessés au P. S., nous pratiquons l'injection préventive, et cela d'autant plus facilement que les blessures sont plus nombreuses et plus graves.

Dans d'autres cas, un blessé reste longtemps sur le champ de bataille ; sa plaie est déjà infectée ; gagner quelques heures peut atténuer son tétanos possible ; nous ferons l'injection au P. S.

Enfin, nous injectons systématiquement tous les blessés légers gardés au corps.

Nous injectons 10 centimètres cubes pour les plaies ordinaires, 20 centimètres cubes pour les plaies souillées largement, pour les grands délabrements. Nous avons suivi avec curiosité les nombreuses discussions qu'a soulevées l'efficacité de la prophylaxie antitétanique. N'ayant point qualité pour résoudre le débat, ne pouvant même nous faire une opinion personnelle d'après notre propre expérience, nous suivons l'ancienne méthode jusqu'à plus ample informé.

### **Quelques variétés de blessés.**

Les blessés abdominaux sont toujours pour nous une source de questions angoissantes. A notre point de vue, le traitement en est simple : l'immobilité aussi absolue que possible, l'abstention de toute boisson, malgré les

habituelles réclamations du blessé, sont des principes dont nos brancardiers sont imbus ; en ce qui nous concerne, nous nous abstiendrons, encore plus que pour tout autre, de toute manœuvre quelle qu'elle soit ; pour le pansement, nous serons brefs. Mais quand évacuons-nous notre blessé ? L'intervention est souvent urgente ; et d'autre part un abdominal, plus que tout autre, a besoin de tant de ménagements pendant son transport. En principe, nous évacuons, dès que possible, lorsque le shock est dissipé ; mais si l'évacuation présente des difficultés (terrain difficile par nuit noire), nous gardons nos blessés jusqu'à ce que les conditions soient devenues meilleures et que le transport nous paraisse devoir se faire avec un minimum de secousses.

La parcimonie avec laquelle l'éther nous est distribué ne nous permet guère ce mode de traitement des abdominaux, qui n'est pas d'ailleurs sans avoir soulevé des critiques.

En ce qui concerne les thoraciques, notre traitement s'inspire également des principes d'abstention. Nous leur donnons au P. S. la position demi-assise et nous tâchons de les évacuer ainsi, principe d'ailleurs d'application souvent difficile.

Nous serons brefs sur les simples contusions ou les commotions. Cette catégorie de blessés est habituellement gardée au corps. Toutefois, nous avons vu assez souvent des commotions graves s'accompagnant de troubles paralytiques, de mutisme, de désordres cérébraux. Souvent ces troubles ne se développent qu'après un certain intervalle, alors qu'au début rien n'avait attiré notre attention.

Donc, si au bout de quelques heures le choc ne s'est point dissipé chez un soldat projeté ou enseveli par un obus, n'hésitons point à l'évacuer. De même revoyons toujours après vingt-quatre ou quarante-huit heures un commotionné qui nous paraîtrait mal remis de son alerte ; et si quelques troubles nerveux persistent, soyons large. Nous ne pouvons rien pour ce genre de blessés : ils ont besoin avant tout de calme, qu'il n'est pas en notre pouvoir de leur donner. Et malgré cela il nous arrivera néanmoins d'évacuer quelquefois, pour troubles post-commotionnels tardifs, des soldats chez lesquels notre premier examen avait été négatif et que nous avions gardés au corps.

Une variété très voisine de blessés est constituée par ceux qui ont été intoxiqués par la déflagration d'un obus éclatant dans un abri ou tout autre espace clos. Les divers accidents coexistent souvent d'ailleurs : chez un homme enseveli par un obus, l'asphyxie, l'intoxication par les gaz délétères du projectile ont souvent une action au moins aussi grande que la contusion ou la commotion. S'il se présente parfois des cas très nets relevant presque uniquement d'un des modes précités, bien souvent les symptômes sont confondus et il est bien difficile de faire un classement exact de ce qui revient à chaque étiologie.

En tout cas, dès qu'une intoxication par obus est probable, mettons notre blessé au grand air, si possible. Il nous faudra aller très vite ; les quelques cas nets d'intoxication par obus que j'ai observés ont toujours été extrêmement angoissants ; l'action est brutale ; le malade ne respire presque plus, le pouls est filant. Des soins énergiques sont nécessaires : respiration artificielle, fla-

gellations de la face, injections stimulantes répétées, inhalations d'oxygène, peuvent être mis en œuvre en même temps.

Le traitement est d'ailleurs très souvent efficace ; et c'est peut-être le cas où le médecin du P. S. a le plus souvent la satisfaction de voir un résultat immédiat couronner ses efforts. Néanmoins, l'évacuation s'impose presque toujours ; notre blessé garde de la dyspnée, de l'angoisse, parfois des crachats hémoptoïques ou une expectoration rosée abondante : un traitement médical s'impose.

### **Les gaz asphyxiants.**

Nous devons aux Boches une guerre nouvelle, celle des gaz. Toute une nouvelle catégorie de blessés est venue s'ajouter à la liste déjà longue, toute une nouvelle thérapeutique a surgi. Et aux P. S. est échu la mission de porter les premiers secours aux blessés, de parer aux accidents immédiats.

Il y aurait là tout un vaste chapitre à écrire, encore incomplètement au point d'ailleurs et qui se perfectionne tous les jours. Mon expérience personnelle est peu étendue, car les diverses unités où j'ai passé n'ont jamais eu beaucoup d'intoxiqués et toujours des cas légers. Je serai donc bref sur le sujet.

Ici, la prophylaxie prime la thérapeutique. Il ya tout un code de la lutte contre les gaz dont l'exposition nous entraînerait trop loin. Nous avons un rôle de surveillance vis-à-vis de ces moyens de protection, tant individuels que collectifs ; et c'est une des branches où notre

collaboration avec le commandement peut donner les meilleurs résultats. Les combattants, d'ailleurs, s'intéressent au plus haut point à la question, et leur expérience, chaque jour accrue, limitera vite les résultats funestes des gaz.

Au P. S., nous avons à prévoir notre défense comme celle de tout abri ; théoriquement, nous devrons pouvoir y travailler sans masques. Mais je crois surtout qu'il faut maintenant prévoir un endroit spécial pour traiter les intoxiqués et les vésiqués par gaz ; ces blessés doivent rester à l'air libre et ne sauraient être traités, sauf impossibilité, au fond d'un abri souterrain. Ce sera là évidemment une complication ; je la crois indispensable.

Le traitement en lui-même, tel qu'il nous est indiqué par les circulaires, est simple : lavage des parties vésiquées à l'eau bicarbonatée, doses répétées d'ipéca et injections stimulantes aux intoxiqués pulmonaires avec phénomènes généraux marqués. Et surtout évacuation rapide. Là encore il sera spécialement indiqué de bien couvrir le blessé, si nous voulons éviter l'action particulièrement nocive du refroidissement sur cette catégorie de blessés.

Evacuation rapide, nous dit-on. Elle s'impose évidemment, si nous restons en atmosphère chlorée, si notre P. S. lui-même est compris dans le bombardement toxique. Combien sera-t-elle ralentie. Nos brancardiers avanceront difficilement avec un masque sur la figure, leur nombre de voyages sera restreint. Souvent on ne pourra les effectuer qu'une fois le bombardement terminé. C'est pourquoi j'entrevois comme indispensable la création à côté du P. S. d'un local pour les intoxiqués

par gaz. Et c'est encore là pour nous une raison de demander beaucoup de place pour notre service. Il faut bien se représenter en effet qu'un bombardement ou une attaque par les gaz peut mettre très rapidement plusieurs centaines d'hommes hors de combat ; et d'autre part, en cas de bombardement toxique continu, la circulation vers l'arrière pourra être impossible pendant plusieurs heures.

## LES FICHES D'ÉVACUATIONS

### LES ÉCRITURES

Même au P. S. le plus avancé, nous ne sommes pas exempts de papiers. Nous avons toute une comptabilité très soignée à tenir et dont l'utilité est très grande. Carnet du champ de bataille pour ceux de nos morts dont nous assurons nous-mêmes l'inhumation ; liste exacte des blessés soignés chez nous, qui nous fournira, souvent beaucoup plus tard, une réponse possible aux renseignements demandés en vue d'un certificat d'origine, d'un dossier de réforme ou de retraite. N'oublions pas de faire figurer sur ce registre les blessés légers gardés au corps, car pour eux ce registre est le seul témoignage faisant foi ; et plus d'une expérience passée nous a appris combien de surprises nous réservaient parfois les suites d'une blessure, d'une contusion, d'une commotion jugées légères au premier abord.

Mais ceci est plutôt l'affaire de notre secrétaire ; plus directement nous intéresse la rédaction des fiches d'évacuation, qui doit faire l'objet de tous nos soins. L'ambulance de triage, qui verra nos blessés après nous, a besoin d'avoir le maximum de renseignements que nous pouvons lui fournir. Elle aussi, dans les moments de presse, risque d'être débordée et il faut lui faciliter son travail.

En dehors de la description la plus exacte possible des lésions traitées, quelles mentions spéciales peut-on mettre, à notre avis, sur la fiche d'évacuation ? Nous ne devons pas en abuser d'ailleurs : ce n'est qu'ainsi qu'elles retiendront l'attention.

Lorsque, pour une raison quelconque, nous sommes obligés de renvoyer un blessé directement à l'arrière sans revoir son pansement au P. S., mention en sera faite sur la fiche.

« Blessé resté  $x$  heures sur le champ de bataille, phénomènes d'infection. » est une indication utile.

Signalons aussi les plaies particulièrement souillées, sans abuser d'ailleurs du qualificatif, puisqu'un grand nombre de plaies rentrent dans ce cas.

L'hémorragie mérite une mention ; et il sera indispensable de signaler les garrots laissés en place.

Reste la question des plaies pénétrantes. Il est souvent difficile au P. S. de trancher la question de la pénétration ou de la non-pénétration d'une plaie. Ceci exige toujours une asepsie parfaite ; dans le doute, mieux vaut s'abstenir. Indiquons alors le fait sur notre diagnostic.

Ces diverses indications suffisent. Le chirurgien n'a évidemment pas besoin que nous lui indiquions l'urgence ou la non-urgence de tel ou tel blessé ; nous n'avons point cette prétention. Mais entre le chirurgien et nous il y a les relais, qui ne sont point tous munis d'un médecin ; il y a les groupes d'autos sanitaires. Pour tous ces intermédiaires-là, il est bon d'indiquer qu'un blessé a besoin de soins immédiats ; une auto viendra le chercher spécialement ; en cas de presse, il aura droit de priorité. Marquons donc sans hésiter sur la fiche : « A opérer d'extrême urgence ». Là encore, à condition de ne point abuser, la précaution sera excellente. Et si nous nous trompons parfois, si nous indiquons comme urgente une opération qui aurait pu être différée, nos aînés de l'ambulance auront pour nous toutes les indulgences.

## LES INHUMATIONS

Un dernier rôle incombe au P. S. : c'est l'inhumation des nôtres. Toutes les fois que nous le pouvons, nos morts sont transportés plus à l'arrière ; le G. B. D., le P. S. C. du régiment en assurent les funérailles.

Mais lorsqu'il y a presse, lorsque l'évacuation sur l'arrière se heurte à de grandes difficultés, on limite cette évacuation aux blessés ; les morts sont inhumés sur place. Souvent aussi nous découvrons, longtemps après une action, des cadavres déchiquetés par les obus, à moitié ensevelis. Il nous appartient de rendre les derniers devoirs à ces tristes débris ; et ce n'est point là, dans tout notre rôle, la partie la moins pénible.

Auprès de notre P. S., nous aurons donc fait un cimetière ; le plan très exact en sera consigné dans nos archives. Chaque cadavre est soigneusement fouillé ; c'est à nous qu'il appartient de faire l'inventaire de ce que le mort a sur lui, lorsque ce travail n'a pu être fait par l'unité. L'officier comptable du régiment centralise ces funèbres reliques et en assure l'envoi aux familles.

Le cadavre une fois inhumé, il nous appartient de déposer sur la tombe une plaque de plomb, sur laquelle sont gravées toutes les indications nécessaires à l'identification de la tombe. Cette plaque porte un numéro : c'est le numéro correspondant de notre carnet du champ de bataille, en regard duquel seront portées les mêmes indications que sur la plaque de plomb. Il n'est point toujours facile de recueillir les renseignements complets sur un

cadavre ayant séjourné longtemps sur le champ de bataille. Ce rôle, bien extra-médical, toujours pénible à remplir, est cependant pour nous un devoir strict.

---

## QUELQUES RÉFLEXIONS GÉNÉRALES

Dans les pages qui précèdent, nous avons envisagé le P. S. dans un secteur calme ou moyennement agité. Il y a des blessés, nombreux parfois, mais enfin les pertes ne sont point continuelles ; des accalmies nous permettront le nettoyage du champ de bataille, l'évacuation de notre P. S. en voie d'encombrement.

Combien est plus pénible notre rôle en cas d'attaque allemande ou française, lorsque nous avons à faire face à une arrivée soudaine et considérable de blessés, à assurer leur transport au P. S., leur évacuation sur l'arrière sous des tirs de barrage violents, prolongés, à travers un terrain raviné où les boyaux n'existent plus qu'à l'état de souvenir. L'encombrement est presque fatal, et très vite le médecin du P. S. se voit débordé.

Les conditions deviennent évidemment plus défavorables pour nous ; notre travail en subira le contre-coup inévitable.

En cas d'attaque allemande, nous n'avons point à changer notre P. S. Nous pouvons profiter ainsi de notre installation antérieure. Mais combien les heures sont longues en attendant le choc qu'on sent prochain sous un tir énervant et meurtrier. Souvent nous n'avons pu encore évacuer tous les blessés du bombardement préparatoire ; souvent aussi nos brancardiers de première ligne n'ont

pu nous amener ceux des nôtres tombés récemment, car le tir de destruction est effroyable et empêche toute circulation en brancard.

Brusquement, le tir allemand s'allonge : c'est l'attaque. L'attente devient plus énervante encore dans cette atmosphère d'incertitude. Quelques blessés légers arrivent ; leurs récits nous donnent une image encore exagérée de l'attaque et de nos pertes. Que se passe-t-il au juste ?

Si l'attaque est repoussée et si elle n'est pas suivie d'une autre immédiate, tout va bien. Dès que le tir faiblit, nous voyons arriver les blessés graves ; nous nous trouvons devant une grosse liquidation à opérer ; mais si rien de nouveau ne se produit, nos affaires prennent vite bonne tournure. La situation est plus ennuyeuse si une nouvelle attaque se produit avant d'avoir évacué notre P. S., avant même que tous nos blessés soient relevés sur le champ de bataille.

Bien inquiétante également devient notre situation si l'attaque allemande progresse. Une partie de nos blessés graves reste fatalement sur le terrain et tombe au pouvoir de l'ennemi. Et que va devenir notre P. S. lui-même, si l'avance ennemie continue ? Ce sont de bien pénibles heures quand, au souci de notre personne, s'ajoute le souci bien plus grand de nos blessés. Notre travail est bien médiocre ces jours-là. Evacuons le plus vite possible, si les chemins sont encore praticables. Nos blessés seront d'ailleurs rares si l'avance est rapide, les blessés graves restant sur le terrain, les blessés encore valides allant directement à l'arrière. Notre rôle médical est nul ; et bien vite arrive le moment où se pose pour nous la question de chercher à sauver une partie de notre personnel

et de désigner ceux d'entre nous qui resteraient près des blessés.

Si l'attaque vient de notre part, nous n'aurons guère ces heures angoissantes, mais nous serons forcément placés dans des conditions matérielles bien peu favorables. Il nous aura fallu, ainsi que nous l'avons dit plus haut, déplacer notre P. S. en avant, perdant ainsi le bénéfice de toute installation antérieure. Et si notre bataillon arrive, ce qui est le plus fréquent, vingt-quatre heures seulement avant l'attaque, on voit combien sommaire sera notre installation, dans un abri de première ligne non préparé, souvent très étroit et d'accès difficile. Pour peu qu'il y ait affluence de blessés (et malheureusement tout succès se paie cher), nous aurons à faire face à tous les ennuis de l'encombrement et de l'évacuation difficile. C'est dans ces cas qu'il convient parfois de laisser filer à l'arrière les blessés valides, sans même revoir le pansement sommaire du brancardier. (Signalons toutefois le fait sur la fiche.) Pour précaires que soient parfois les conditions d'installation d'une ambulance de première ligne, elles sont toujours bien supérieures aux nôtres, et surtout elles n'ont point un espace aussi meuré que nous.

Ces conditions sont rares, objectera-t-on. Pour trois ou quatre attaques faites ou subies, votre bataillon aura à son actif de nombreuses semaines de secteur moyen ou calme, où les conditions seront relativement favorables. C'est vrai ; mais songe-t-on qu'en un seul jour d'attaque, nous voyons ordinairement plus de blessés qu'en un mois de tranchées ? Sur 1.000 blessés, par exemple, soignés en un an par un P. S., 800 auront été vus en deux ou trois journées de combat. Les conditions rela-

tivement favorables ne s'appliquent donc qu'à une faible partie de nos blessés ; la majorité sera soignée parmi toutes les causes de moindre rendement que nous avons envisagé.

---

## CONCLUSIONS

---

1° Le Poste de Secours de bataillon a comme buts essentiels : de parer aux complications immédiatement mortelles, d'emballer soigneusement, mais surtout rapidement, les blessés et de les évacuer au plus vite. L'abstention y sera une règle absolue ; les soins seront réduits au minimum.

2° Le matériel mis actuellement à la disposition du bataillon nous paraît suffisant ; nous réclamerions seulement quelques appareils nouveaux pour les fractures hautes de cuisse et les fractures hautes de l'humérus. Nous attirons également l'attention sur la défectuosité de nos moyens hémostatiques actuels.

3° Les grosses difficultés auxquelles nous avons eu à faire face ont toutes été causées :

a) Par un personnel nettement insuffisant un jour de grosse action ;

b) Par l'espace restreint dont on dispose en général.

Des prévisions plus larges pour le Poste de Secours et une augmentation du personnel soit fixe, soit temporaire, nous semblent désirables.

Vu :

*Le Président de la Thèse,*

M. VALLAS.

Vu :

*Le Doyen,*

L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 14 janvier 1918.

*Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,*

P. JOUBIN.

---

Planche  
n° 1

Tronçons  
Bogues montants  
Bogues descendantes  
Lignes praticables  
Avis particuliers











